

东莞市人民政府文件

东府〔2023〕60号

东莞市人民政府关于印发《东莞市 医疗保障办法》的通知

各镇人民政府（街道办事处），市府直属各单位：

《东莞市医疗保障办法》已经市委同意，现印发给你们，请认真贯彻落实。执行中遇到的问题，请径向市医疗保障局反映。

东莞市人民政府

2023年11月17日

东莞市医疗保障办法

第一章 总 则

第一条 为建立健全本市医疗保障体系，保障参保人的基本医疗需求，根据《中华人民共和国社会保险法》及有关规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本市实行多层次医疗保障制度。

政府建立基本医疗保险、大病保险与医疗救助的三重综合保障制度，推进建立职工大额医疗费用补助（以下简称“大额补助”）、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助与三重综合保障有序衔接、共同发展的医疗保障制度体系。

基本医疗保险包括职工基本医疗保险（以下简称“职工医保”）和城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）。职工医保包括统账结合职工医保和单建统筹职工医保。

第三条 医疗保障制度的建立遵循覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的原则。

第四条 本市医疗保障基金的使用坚持以人民健康为中心，遵循“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，保障水平与经济社会发展水平相适应。

市人民政府可根据本市经济发展水平、社会收入水平、医疗消费水平以及本市医疗保障基金承受能力,对本市医疗保障基金筹集标准和支付标准等作相应调整;国家、省医疗保障政策有新规定的,从其规定。

市人民政府在基本医疗保险基金、大额补助基金出现支付不足时,给予补助。

第五条 市人民政府统一建立医疗保障制度,并运用法律、行政、经济等手段保证本市医疗保障基金的筹集和支付。

第六条 医疗保障制度改革应与医药卫生体制改革同步推进,推进医疗保障和医药服务高质量协同发展,协同推进医药服务供给侧改革,促进医药卫生资源的优化配置和高效利用,合理控制医疗服务成本和促进医疗服务能力提升。

第七条 市医疗保障行政部门主管并负责组织实施医疗保障工作,医疗保障经办机构负责具体经办及管理。

市财政部门应加强对本市医疗保障基金财政专户的监督管理以及本市医疗保障基金预决算的监督管理。

市税务部门作为医疗保险费征收部门,负责按时足额征收医疗保险费。

市审计部门应对本市医疗保障基金收支情况和管理情况进行审计。

市卫生健康部门应完善本市卫生健康服务体系、推进医疗服务资源供给侧结构性改革，加强对定点医疗机构的监督管理。

市市场监督管理部门应加强对定点医药机构药品质量的监督。

市人力资源和社会保障部门负责本市领取失业保险金期间的失业人员和办理伤残退休手续的一至四级工伤伤残职工的职工医保参保管理等工作。

市民政局负责做好特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童及最低生活保障对象的认定和信息共享工作。

市社会保险监督委员会依法对本市医疗保障基金收支、管理、服务情况实施社会监督。

市发展改革、教育、政务服务数据管理、退役军人事务、残联等有关部门及各镇人民政府（街道办事处、园区管委会）按照各自职能协同实施本办法。

各村（居）民委员会、学校等应当按照规定办理本辖区城乡居民、持居住证人员、在校学生医疗保障的有关事务。

第二章 参保及筹资

第八条 下列人员参加本市职工医保：

（一）本市行政区域内所有用人单位的在职职工；

(二)法定劳动年龄内且就业地或户籍地在本市(含已在本市办理港澳台居民居住证)的灵活就业人员;

(三)其他按照规定应当在本市参加职工医保的人员。

第九条 用人单位以单位为单位统一选择参加统账结合职工医保或单建统筹职工医保;灵活就业人员等其他人员由个人选择参加统账结合职工医保或单建统筹职工医保。

第十条 下列人员参加本市居民医保:

(一)本市户籍的城乡居民;

(二)本市行政区域内各类全日制普通高等学校(包括民办高校)、科研院所、中等职业教育院校的非本市户籍全日制在校学生(以下统称“大中专学生”);

(三)在本市托幼机构、义务教育阶段及高中阶段学校就读的非本市户籍学生(以下统称“中小幼学生”);

(四)在本市区域内居住,且持有本市办理的在有效期内的居住证(含已在本市办理港澳台居民居住证)的未就业人员(以下统称“持居住证人员”);

(五)其他符合规定的人员。

第十一条 参加本市基本医疗保险的参保人,同时参加大病保险,未参加本市基本医疗保险的人员不得单独参加大病保险。

第十二条 参加本市统账结合职工医保的,可以用人单位为

单位统一选择参加大额补助。

参加本市统账结合职工医保的灵活就业人员等其他人员由个人选择参加大额补助。

未参加本市统账结合职工医保的人员不得单独参加大额补助。

第十三条 职工医保由用人单位和职工按照规定共同缴费。灵活就业人员参加职工医保，由个人按照规定缴费。

第十四条 职工医保用人单位缴费基数为本单位职工缴费工资总额，个人缴费基数为本人工资收入。

职工的本人工资收入由用人单位按职工本人工资收入按月申报；以本市上上年度城镇非私营单位就业人员平均工资和城镇私营单位就业人员平均工资加权计算的全口径城镇单位就业人员平均工资（以下简称“职工月平均工资”），核定个人缴费基数上下限；上限按照上上年度职工月平均工资的 300%确定，下限按照上上年度职工月平均工资的 60%确定。

灵活就业人员的本人工资收入由本人按月如实申报。

第十五条 统账结合职工医保以职工医保缴费基数的 7.7%按月征收；其中，单位缴费费率为 5.7%（含生育保险缴费费率 0.7%），个人缴费费率为 2%，建立个人账户。单建统筹职工医保以职工医保缴费基数的 3.5%按月征收；其中，单位缴费费率

为 3.0%（含生育保险缴费费率 0.7%），个人缴费费率为 0.5%，不建立个人账户。

灵活就业人员的单位缴费费率由个人承担。

统账结合职工医保参保人选择不建立个人账户的，以统账结合职工医保单位缴费费率按月征收，其中个人以缴费基数的 0.5%缴纳。

无需缴纳生育保险费的人员或者其用人单位，其范围应符合《广东省职工生育保险规定》（广东省人民政府令第 287 号，以下简称《规定》）的规定。

第十六条 大病保险用人单位和参保人不另行缴费。

第十七条 大额补助以职工医保缴费基数的 0.5%按月征收，职工由用人单位承担，按月缴纳；灵活就业人员等其他人员由个人承担，按月缴纳。

第十八条 居民医保实行个人缴费和政府补助相结合，个人缴费以本市上上年度居民人均可支配收入的 0.8%按年征收；财政补助按照国家或省规定的标准执行，并按照省、市规定比例由市、镇街（园区）财政分担。

第十九条 居民医保费由医疗保险费征收部门按年征收，每年 9—12 月份集中办理下一年度居民医保参保缴费手续，按时足额缴纳的，从次年 1 月 1 日起享受居民医保待遇；未按时足额缴

纳的，次年停止享受居民医保待遇。

第二十条 个人缴费部分由政府资助参保的困难人员、经审核符合条件的新生儿、已办理职工医保中止手续的人员、新迁入本市户籍人员、中途转入本市就读学生、刑满释放人员、退役士兵等特殊群体，在本年度内可以按照下列规定中途参加本市居民医保，办理参保缴费手续并享受相应待遇：

（一）个人缴费部分由政府资助参保的困难人员，以本年度月缴费标准，一次性缴纳从身份标记当月至本年度末剩余月份的居民医保费，自完成参保登记、做好身份标识之日起可按照规定享受居民医保待遇。

（二）经审核符合条件的新生儿，出生后6个月（从出生次月起计）以内办理参保的，以本年度月缴费标准，一次性缴纳从出生当月至年度末剩余月份的居民医保费（指本金）的，从出生之日起至完成参保缴费手续期间可按照规定享受居民医保待遇。新生儿从出生到办理参保缴费时跨两个年度的，需一次性缴纳从出生当月至本年度末剩余月份的居民医保费以及按年足额缴纳第二个年度的居民医保费。新生儿出生6个月后至一周岁以内办理参保的，以本年度月缴费标准，一次性缴纳从参保当月至年度末剩余月份的居民医保费后，自缴费次月起可按照规定享受居民医保待遇。新生儿出生6个月以内死亡的，可按照规定办理手续

后享受居民医保待遇。

（三）已办理职工医保中止手续的人员、新迁入本市户籍人员、中途转入本市就读学生、刑满释放人员、退役士兵以及经市医疗保障经办机构确认需在本年度内参保缴费的其他人员，以本年度月缴费标准，一次性缴纳从参保当月至年度末剩余月份的居民医保费后，自缴费次月起可按照规定享受居民医保待遇。

第二十一条 职工医保、大额补助参保人达到法定退休年龄时，累计缴费年限男性不少于 30 年、女性不少于 25 年，且本市实际缴费年限累计不少于 10 年，不再缴纳医保费，享受退休人员医疗保障待遇。

职工医保、大额补助的缴费年限以参保人实际缴费月数计算。

统账结合职工医保、单建统筹职工医保和大额补助年限分别累计计算。军人服现役年限视同统账结合职工医保实际缴费年限。

统账结合职工医保缴费年限可与单建统筹职工医保缴费年限互相折算（折算结果向上取整至个位数）：1 个月单建统筹职工医保缴费年限折算为 0.66 个月统账结合职工医保缴费年限，1 个月统账结合职工医保缴费年限折算为 1.54 个月单建统筹职工医保缴费年限。

居民医保参保人暂不执行本条规定，居民医保对应的缴费年限不纳入职工医保、大额补助的累计缴费年限、实际缴费年限计算。

第二十二条 职工医保、大额补助参保人达到法定退休年龄而未达到第二十一条规定缴费年限，并按照国家 and 省有关规定确定本市为其职工医保退休后待遇享受地的，可按照下列规定按月或一次性缴费至规定年限：

（一）选择按月缴费的，以本市上上年度职工月平均工资为缴费基数。其中，参加统账结合职工医保的，以缴费基数的 5.0% 按月缴纳至规定年限；参加单建统筹职工医保的，以缴费基数的 2.8% 按月缴纳至规定年限；参加大额补助的，以缴费基数的 0.5% 按月缴纳至规定年限。参保人在其按月缴费期间享受在职人员医疗保障待遇，其中统账结合职工医保参保人在其按月缴费期间不计发个人账户。按月缴费期间，可申请一次性缴费。

（二）选择一次性缴费的，以办理一次性缴费时本市上上年度职工月平均工资为缴费基数。其中，参加统账结合职工医保的，以缴费基数的 5.0% 一次性缴纳至规定年限；参加单建统筹职工医保的，以缴费基数的 2.8% 一次性缴纳至规定年限；参加大额补助的，以缴费基数的 0.5% 一次性缴纳至规定年限。

（三）选择按月缴费或一次性缴费的人员，须按照规定足额

缴纳至规定年限后，方可享受退休人员医疗保障待遇。

（四）参保人达到法定退休年龄时，应在当月办理一次性缴费或按月缴费确认手续，逾期未办理的，视为选择按月缴费。

第二十三条 职工医保费由医疗保险费征收部门按月征收。用人单位和个人应当依照有关规定办理参保登记、变更、注销等手续。

居民医保费由医疗保险费征收部门原则上按年征收。城乡居民、持居住证人员由村（居）民委员会负责办理参保登记、变更等手续；大中专学生及中小幼学生由所在学校负责办理参保登记、变更等手续。本人或其代理人也可自行办理居民医保参保登记、变更等手续。

第二十四条 用人单位及参保人应按时足额缴纳职工医保费。中断缴费3个月以内且符合以下情形之一的，可按照规定补缴职工医保费并享受职工医保待遇：

（一）用人单位未按时足额缴纳职工医保费；

（二）已连续参加基本医疗保险2年及以上的灵活就业人员；

（三）职工医保参保人转移接续基本医疗保险关系，转入本市时；

（四）参保人已连续2年以上参加基本医疗保险，因就业等

个人状态变化在职工医保和居民医保间切换参保关系。

符合上述情形之一的，可由用人单位或参保人按照规定办理职工医保费补缴手续；补缴后，视同连续参保，缴费当月可按照规定享受职工医保待遇，中断期间的待遇可按照规定追溯享受，但不得重复享受。

第二十五条 居民医保参保人在待遇享受期开始后，因就业等个人状态变化中止居民医保关系的，已缴纳的居民医保费不予退还；期间恢复原居民医保参保关系的，医疗保障经办机构确保待遇有效衔接。

第二十六条 用人单位未按照规定为职工办理职工医保参保登记或者未按时足额缴纳职工医保费的，按照国家和省、市有关规定处理。

第二十七条 用人单位发生依法解散、注销、破产时，必须按照国家有关法律法规的规定，与工资同等顺序清偿欠缴的医疗保险费，并缴足本单位依法应当承担责任的医疗保险费。

第三章 基金管理

第二十八条 本市医疗保障基金实行全市统筹，按照国家和省、市有关规定筹集、管理和核算。

第二十九条 本市医疗保障基金包括基本医疗保险基金、大

病保险资金和大额补助基金。

基本医疗保险基金分为职工医保基金和居民医保基金，分账核算。用人单位和职工医保参保人缴纳的职工医保费纳入职工医保基金；居民医保参保人缴纳的居民医保费及财政补助纳入居民医保基金。

职工医保基金由职工医保统筹基金和个人账户组成。单建统筹职工医保用人单位和职工缴纳的职工医保费纳入职工医保统筹基金；统账结合职工医保中以统账结合职工医保单位缴费费率缴纳的职工医保费纳入职工医保统筹基金。

大病保险资金从基本医疗保险上年或历年结余基金中划转，具体筹资标准原则上不超过上年度基本医疗保险基金征收总额的5%；公开招标大病保险承办机构时，大病保险筹集资金总额在公开招标文件中载明。

用人单位和参保人缴纳的大额补助费全部纳入大额补助基金。

第三十条 基本医疗保险基金和大额补助基金全部纳入财政专户，实行收支两条线管理，专款专用，不得挤占挪用。基本医疗保险基金依法实行预决算制度，其收支、使用、管理依法接受监督。

大病保险筹集资金总额由市医疗保障经办机构按照合同约定划拨至大病保险承办机构，大病保险资金管理实行专户管理、独立核算、专款专用，任何组织和个人不得侵占或者挪用。

第三十一条 本市医疗保障基金来源为：

- （一）基本医疗保险费收入；
- （二）大额补助费收入；
- （三）利息收入；
- （四）财政补助；
- （五）依法应纳入本市医疗保障基金的其他收入。

第三十二条 本市医疗保障基金及其运营收益、医疗保障各项待遇，按照国家规定免征税、费。

第三十三条 本市医疗保障基金的银行计息办法，按照国家有关规定执行。

第四章 医疗保障待遇

第三十四条 职工医保按月缴费，参保人按时足额缴纳职工医保费的，自缴费次月起享受职工医保待遇和大病保险待遇，停止缴费次月起停止待遇，但其个人账户余额可继续按照规定使用。

居民医保参保人居民医保待遇享受时间按照本办法第十九条、第二十条规定执行。

大额补助按月缴费，参保人按时足额缴纳大额补助费的，自缴费次月起享受大额补助待遇，停止缴费次月起停止待遇。

法定退休年龄以上且达到第二十一条规定缴费年限的职工医保参保人、法定退休年龄以上的居民医保参保人（统称“退休人员”），自符合条件的次月起享受退休人员医疗保障待遇。

第三十五条 参保人在定点医药机构发生的符合基本医疗保险药品、诊疗项目和医用耗材目录（以下简称“医保三大目录”）的费用，本市医疗保障基金按规定予以支付。

第三十六条 基本医疗保险基金及大病保险资金年度累计支付的参保人符合规定的住院、门诊特定病种、普通门诊基本医疗费用，不超过本人参保期内年度最高支付限额。本人参保期内年度最高支付限额根据参保人连续参保缴费时间确定：

（一）参保缴费时间不足 1 年的，期内发生的基本医疗费用，职工医保年度最高支付限额为本市上上年度城镇单位在岗职工年平均工资的 1 倍，居民医保年度最高支付限额为本市上上年度居民人均可支配收入的 1 倍，大病保险年度最高支付限额为 15 万元；

（二）参保缴费时间满 1 年不足 2 年的，期内发生的基本医疗费用，职工医保年度最高支付限额为本市上上年度城镇单位在岗职工年平均工资的 2 倍，居民医保年度最高支付限额为本市上

上年度居民人均可支配收入的 2 倍，大病保险年度最高支付限额为 20 万元；

（三）参保缴费时间满 2 年以上的，以后每年度内发生的基本医疗费用，职工医保年度最高支付限额为本市上上年度城镇单位在岗职工年平均工资的 8 倍，居民医保年度最高支付限额为本市上上年度居民人均可支配收入的 8 倍，大病保险年度最高支付限额为本市上上年度城镇单位在岗职工年平均工资的 10 倍。

年度内参保人在职工医保和居民医保间切换参保关系的，本人参保期内年度最高支付限额扣减同一年度内基本医疗保险基金按照规定已支付的医疗保障待遇。

第三十七条 参保人因疾病住院发生的超过起付标准的基本医疗费用，由基本医疗保险基金按照下列规定在参保人年度最高支付限额以内进行支付：

（一）参保人每次住院起付标准按照市内、外医疗机构等级确定为：市内三级医疗机构 1300 元，二级医疗机构 800 元，一级以下医疗机构 500 元；市外三级医疗机构 2000 元，二级医疗机构 1500 元，一级以下医疗机构 1000 元。

14 周岁以下的儿童及统账结合职工医保参保人起付标准参照上述标准的 50% 执行。

参保人在本市定点医疗机构范围内连续住院（出院后次日内

办理入院)且符合转院规定的,连续计算起付标准,按照转院前后最高等级医疗机构的起付标准确定。

参保人每次住院发生的基本医疗费用在起付标准以下的,由个人支付。

(二)参保人每次住院发生的超过起付标准的基本医疗费用,由基本医疗保险基金按照以下年度累计分段支付:

1. 在本市一级以下定点医疗机构住院的,基本医疗费用不足或等于 10 万元的,按 95%支付;超过 10 万元的,按 85%支付;

2. 在本市二级定点医疗机构住院的,基本医疗费用不足或等于 10 万元的,按 90%支付;超过 10 万元的,按 80%支付;

3. 在本市三级定点医疗机构住院的,基本医疗费用不足或等于 10 万元的,按 85%支付;超过 10 万元的,按 75%支付。

退休人员上述各段支付比例增加 5 个百分点。

(三)统账结合职工医保参保人支付比例在本条第(二)项规定的基础上增加 5 个百分点,支付比例最高不超过 100%。

(四)参保人因疾病需要住院治疗应首先选择本市定点医疗机构,经本市首诊医疗机构诊治,确因病情需要转院的,应由本市首诊定点医疗机构按照规定转院。

按照规定转院到本市定点医疗机构或已接入本省异地就医

结算平台的本省市三级医疗机构，基本医疗保险基金各段支付比例按照本条第（二）、（三）项同级标准执行；转院到其他定点医疗机构，基本医疗保险基金各段支付比例在本条第（二）、（三）项同级基础上减少 10 个百分点。

（五）参保人未经本市定点医疗机构首诊或未按照规定转院、未按规定办理长期异地就医备案，自行选择其他医疗机构住院，属本市其他定点医疗机构的，基本医疗保险基金各段支付比例按照本条第（二）、（三）项同级规定支付；属已接入本省异地就医结算平台的本省市三级医疗机构，基本医疗保险基金各段支付比例在本条第（二）、（三）项同级基础上减少 15 个百分点；属其他定点医疗机构，基本医疗保险基金各段支付比例在本条第（二）、（三）项同级基础上减少 20 个百分点。

按照本条第（五）项规定减少支付的医疗费用不纳入大病保险、大额补助支付范围。

第三十八条 符合规定的日间手术、日间放化疗等特殊治疗以及医养结合、家庭病床等基本医疗费用纳入基本医疗保险基金支付范围。

第三十九条 参保人年度内发生的住院、门诊特定病种医疗费用，经基本医疗保险或大额补助按照规定支付后，累计个人负担基本医疗费用超过大病保险起付标准的部分，由大病保险资金

按照下列规定在大病保险年度最高支付限额以内进行支付:

(一) 大病保险起付标准为 1.2 万元。统账结合职工医保参保人起付标准参照上述标准的 50% 执行。

(二) 参保人累计个人负担基本医疗费用超过大病保险起付标准的部分, 不足或等于 10 万元的, 由大病保险资金支付 70%; 超过 10 万元的, 大病保险资金支付 80%。

第四十条 经本市有关主管部门认定的特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口及最低生活保障对象, 其大病保险待遇的起付标准、年度最高支付限额及支付比例按照以下标准执行:

(一) 特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童, 起付标准为 2000 元, 不设年度最高支付限额; 累计个人负担基本医疗费用超过起付标准, 不足或等于 10 万元的基本医疗费用, 支付 90%; 超过 10 万元的基本医疗费用, 支付 95%;

(二) 纳入监测范围的农村易返贫致贫人口、最低生活保障对象, 起付标准为 3000 元, 不设年度最高支付限额; 累计个人负担基本医疗费用超过起付标准, 不足或等于 10 万元的基本医疗费用, 支付 80%; 超过 10 万元的基本医疗费用, 支付 85%。

出生后 6 个月以内按照规定办理参保并缴费的新生儿, 其大病保险起付标准参照本条第 (二) 项执行。

第四十一条 参加大额补助的参保人每次住院发生的按照基本医疗保险、大病保险规定核付后属个人负担的符合本市医保三大目录规定部分支付或全部支付项目的医疗费用，超过大额补助起付标准的部分，由大额补助基金按照年度累计分段支付：不足或等于 10 万元的，补助 90%；超过 10 万元的，补助 75%。

大额补助待遇起付标准以本市上上年度城镇单位在岗职工年平均工资的 0.5% 确定。

第四十二条 参保人因急诊抢救就近在非本市定点医疗机构住院发生的基本医疗费用，可按照在本市同级定点医疗机构住院的待遇标准支付。

第四十三条 居民医保参保人发生的生育医疗费用，参照《规定》第十三条第（一）、（二）项规定执行，由居民医保基金按照下列规定在参保人年度最高支付限额以内进行支付：

（一）参保人生育及计划生育发生的符合规定的住院基本医疗费用，不设住院起付标准，待遇标准按照本办法住院有关规定执行。

（二）参保人应先选定一家本市定点医疗机构作为享受产前检查待遇的定点医疗机构。参保人在其选定定点医疗机构产前检查发生的符合规定的门诊基本医疗费用，居民医保基金按 75% 支付。

（三）参保人计划生育在本市定点医疗机构发生的符合规定的门诊基本医疗费用，居民医保基金按 75% 支付。

居民医保参保人经异地就医备案后在异地联网定点医疗机构住院或门诊发生的生育医疗费用，按照本市异地就医备案基本医疗保险住院、门诊有关规定执行。

生育保险参保人按照《规定》享受生育医疗费用及生育津贴待遇，费用由职工医保统筹基金支付。

第四十四条 符合国家和省、市规定办理异地就医备案的异地长期居住人员，在备案地定点医疗机构住院，发生的符合规定的基本医疗费用，可按照本市同级定点医疗机构待遇标准支付；备案有效期内确需回本市定点医疗机构住院的，支付比例在本市同级定点医疗机构基础上减少 10 个百分点；符合转外就医规定的，待遇标准按照本办法第三十七条第（四）项规定执行；自行到非备案地定点医疗机构就医的，待遇标准按照本办法第三十七条第（五）项规定执行。

异地长期居住人员以个人承诺方式办理异地长期居住人员备案手续的，应履行承诺事项，在补齐相关备案材料后按照规定在备案地和参保地双向享受医疗保障待遇。

第四十五条 门诊共济保障的具体待遇标准及规定由市医疗保障行政部门另行制定；统账结合职工医保个人账户的计入标准

和管理等按照省、市的规定执行。

第四十六条 下列医疗费用不纳入本市医疗保障基金支付范围：

- （一）应当从工伤保险基金中支付的；
- （二）应当由第三人负担的；
- （三）应当由公共卫生负担的；
- （四）在境外就医的；
- （五）体育健身、养生保健消费、健康体检；
- （六）国家和省规定的其他不予支付的项目。

医疗费用依法应当由第三人负担，第三人不支付或者无法确定第三人的，参保人可以按照国家 and 省有关规定向市医疗保障经办机构申请先行支付。

第四十七条 参保人应当按照规定享受医疗保障待遇，不得重复享受。

参保人同一次就医不得在两个以上医疗保险统筹地区同时享受医疗保险待遇。

已由其他保险或相关责任人支付的医疗费用，本市医疗保障基金不重复支付。

第五章 服务及管理

第四十八条 参保人应当持本人医疗保障凭证在本市定点医药机构就医购药，并主动出示、接受查验后，所发生的医药费用，属个人自费的部分，由个人及时足额支付，其他由医疗保障经办机构与定点医药机构按照规定结算。

参保人应当妥善保管本人医疗保障凭证，防止他人冒名使用，不得冒用他人医疗保障凭证就医。

参保人应按照医保定点就医、转诊转院、医保三大目录等相关规定和程序办理结算手续。就医过程中，参保人应尊重医务人员的诊疗决定，不得干预医务人员合理合规的诊疗行为，不得提出不合理的诊疗、用药要求。

第四十九条 参保人就医购药发生的符合规定的基本医疗费用，按照以下有关规定进行结算：

（一）在联网定点医药机构发生的，应办理直接结算；

（二）未能在联网定点医药机构办理直接结算或在非联网的定点医药机构发生的，先由参保人垫付，参保人应在就医结算后持必需的资料按照规定及时办理零星报销手续；

除急诊和抢救外，参保人在非定点医药机构发生的费用医疗保障基金不予支付。

第五十条 医疗保障有关医药服务实行定点医疗机构和定点零售药店服务协议管理，定点医药机构应当严格遵守国家和省、

市医疗保障各项规定，遵守医疗保障药品和医用耗材有关采购规定、价格管理规定，严格做好价格公示，保障参保人享受基本医疗服务。

符合条件的医疗机构和零售药店可向医疗保障经办机构提出医疗保障定点申请并签订服务协议。

市医疗保障部门应完善定点管理及协议管理，逐步建立定点医疗机构医保医师管理制度、完善定点医药机构退出机制，规范医疗服务行为，保障医疗服务质量。

第五十一条 对参保人的合理合规基本医疗费用，由市医疗保障经办机构与定点医药机构按照规定进行结算。市医疗保障行政部门按照国家、省医保支付方式改革政策要求，推进医疗保障支付方式改革，建立完善符合本市医疗服务特点的多元复合式医保支付方式。

第五十二条 市医疗保障行政部门按照政府采购相关规定，选定符合条件的大病保险承办机构，每一承办期原则上为 3 年。

市医疗保障行政部门与大病保险承办机构签订合同协议，明确权利与义务。大病保险承办机构应按照合同协议按时足额支付相关医疗费用，并按照规定承担开展大病保险业务相关费用。在合同协议终止至新的大病保险承办机构确定之前，本市大病保险相关业务暂由市医疗保障经办机构承办。

市医疗保障经办机构与大病保险承办机构遵循收支平衡、保本微利的原则，对大病保险划拨资金进行年度清算，每年对超出大病保险承办合同约定的结余或因政策调整带来的亏损，按照国家规定在签订合同时载明处理办法。

大病保险承办机构违反合同约定，或发生其他严重损害参保人权益的情况，市医疗保障行政部门可按照约定提前终止或解除合同，大病保险资金剩余部分全额收回基本医疗保险基金，并要求大病保险承办机构承担违约责任。

国家、省医疗保障政策有新规定的，从其规定。

第五十三条 本市医疗保障基金使用的监督管理按照国家和省、市有关规定执行。医疗保障等行政部门、医疗保障经办机构及其工作人员，定点医药机构及其工作人员，用人单位以及参保人等违反医疗保障有关法律法规的，按照国家和省、市有关规定处理。

对定点医药机构或个人作出行政处罚的，在广东省行政执法信息公示平台进行公示，并按照有关信用管理规定进行处理。

第六章 附 则

第五十四条 本办法所称用人单位，是指本市行政区域内所有国家机关、事业单位、企业、社会团体、民办非企业单位、基

金会、律师事务所、会计师事务所等单位和有雇工的个体工商户。

本办法所称参保人，是指已参加本市基本医疗保险的人员。

本办法所称灵活就业人员，是指法定劳动年龄内且就业地在本市的以下人员：无雇工个体工商户、未在用人单位参加职工医保的非全日制从业人员，依托电子商务、网约车、网络送餐、快递物流等新业态平台实现就业，且未与新业态平台企业建立劳动关系的新型就业形态从业人员，以及国家和我省规定的其他灵活就业人员。

本办法所称“以上”“以下”“以内”“满”含本数，“超过”不含本数。

本办法所称年度是指自公历1月1日起至12月31日止。

本办法所称本市上上年度职工月平均工资、个人缴费基数上下限、上上年度居民人均可支配收入、年度最高支付限额由市医疗保障经办机构根据有关部门公布的数据及时对外公布。

本办法所称联网定点医药机构是指本市定点医药机构以及已接入异地就医结算平台的市外医药机构。

第五十五条 因突发公共卫生事件应急处置期间导致大范围急、危、重病人抢救及治疗的医疗费用，国家、省另有规定的，按照其规定执行。

第五十六条 本办法实施前以城乡居民身份纳入职工医保保

障范围的人员，参加单建统筹职工医保，其缴费基数以本市上上年度职工月平均工资的 60%确定，按照规定享受补助；其中法定退休年龄以上的，可以个人为单位选择参加统账结合职工医保，其缴费基数以本市上上年度职工月平均工资确定，缴费由个人承担，不再享受补助。

第五十七条 本市离休干部、建国前参加革命的退休老工人按照本办法规定参加医疗保险，所需经费由同级财政给予补助。离休干部、建国前参加革命的退休老工人身份由市委组织部和市委老干部局认定。市属离休干部、建国前参加革命的退休老工人由市委老干部局统一办理参保缴费等相关事项，镇属离休干部、建国前参加革命的退休老工人由园区、镇（街）统一办理。中央、省属单位离休干部按照原渠道参保，不设住院基本医疗费用起付标准。

部队转业或退伍安置在本市的参保人，按照国家有关规定执行。

本市领取失业保险金期间的失业人员和办理伤残退休手续的一至四级工伤伤残职工参加职工医保，按照省有关规定执行。

市人民政府对其他群体参保缴费等另有规定的，按照市人民政府有关规定执行。

第五十八条 职工医保参保人在本办法实施前的有效缴费年

限，按照下列规定进行累计计算：

（一）参加本市职工社会医疗保险（1992年3月至2000年2月）的，纳入统账结合职工医保、大额补助缴费年限。

（二）参加本市住院基本医疗保险（2000年3月至2013年9月）的，纳入单建统筹职工医保缴费年限。

（三）参加综合基本医疗保险（2000年3月至2013年9月）的，纳入统账结合职工医保缴费年限。

（四）参加职工补充医疗保险（2000年3月至2013年9月）的，纳入大额补助缴费年限。

（五）参加本市农（居）民基本医疗保险（2004年7月至2008年6月）的，纳入单建统筹职工医保缴费年限。

（六）参加社会基本医疗保险（2013年10月至2021年12月）的，纳入单建统筹职工医保缴费年限。

（七）参加住院补充医疗保险（2013年10月至2023年12月）的，纳入统账结合职工医保、大额补助缴费年限，期间参加社会基本医疗保险、职工医保的缴费年限不再纳入单建统筹职工医保缴费年限。

（八）参加职工医保（2022年1月至2023年12月）的，纳入单建统筹职工医保缴费年限。

（九）参加医疗保险个人账户（2013年10月至2023年12

月)的,按0.16的比例纳入统账结合职工医保缴费年限。

第五十九条 本办法实施前已享受住院及门诊特定病种支付比例增加5个百分点待遇的人员及个人账户按2.8%划入的人员,可继续享受该待遇。

本办法实施前以城乡居民身份纳入职工医保保障范围且已免缴职工医保费个人缴费部分的人员,可继续免缴职工医保费个人缴费部分至缴足规定年限。

本办法实施前参加住院补充医疗保险的人员,其改革前后政策衔接措施由市医疗保障行政部门另行制定。

第六十条 本市生育保险、医疗救助、商业健康保险、慈善捐赠、医疗互助政策,按照国家和省有关规定另行制定。

第六十一条 市医疗保障行政部门根据本办法制定实施细则,明确具体补缴规则、改革前后政策衔接措施、医疗保障具体经办服务等,并按照国家、省医疗保障经办管理等要求适时调整;根据国家、省有关政策制定本市医保三大目录及其支付标准,制定本市定点医药机构监督管理及评价、医疗保障费用结算、医师管理、日间手术管理、家庭病床等配套办法。

市医疗保障经办机构根据本办法制定有关办理流程。

第六十二条 本办法由市医疗保障行政部门负责解释。

第六十三条 本办法从2024年1月1日起实施,有效期至

2028 年 12 月 31 日。《关于调整我市手足口病（EV71 感染）参保患者医疗保险待遇标准的通知》（东府办〔2008〕47 号）、《关于我市手足口病（EV71 感染）等重大突发流行性疾病参保患者医疗保险待遇标准问题的通知》（东府办〔2009〕83 号）、《关于对密切接触甲型 H1N1 流感确诊或疑似病例患者的参保人医学观察期间门诊预防用药等医药费用进行全额补助的通知》（东府〔2009〕75 号）、《东莞市人民政府关于调整城乡居民基本医疗保险参保筹资有关政策的通知》（东府函〔2022〕136 号）同时废止。本办法未尽事宜，按照法律法规规章及国家、省、市现行有关政策规定执行。

公开方式：主动公开

抄送：市委直属各单位，市人大办，市政协办，市纪委监委，市中级人民法院，市检察院，中央、省属驻莞有关单位。

东莞市人民政府办公室

2023 年 11 月 17 日印发

市政府规范性文件编号：东府规 2023012 号